

# Proposta para Admissão de Sócio/Beneficiário

Foi Sócio/Beneficiário do SBN/SAMS-Norte?

☐ **S**
☐ **N**

Sócio do Sindicato Nº \_\_\_\_\_

Beneficiário Nº \_\_\_\_\_

 Sócio Nº \_\_\_\_\_  
 Beneficiário Nº \_\_\_\_\_

<b>1</b>	Nome completo (igual ao B.I. e sem abreviaturas)			
<b>2</b>	Morada (Rua, Praça, Avenida)			
	Localidade	Freguesia (Residência)	Concelho	Cód. Postal
<b>3</b>	Telefone da residência/Telemóvel		<b>4</b>	E-mail

## INDICAÇÕES PROFISSIONAIS

<b>5</b>	Banco (sigla)	Cód. Entidade	Serviço/Departamento	Cód. Balcão
	Local de trabalho	Telefone do Banco	Extensão	C. Efectivo
	Admitido na Instituição em	Admitido na Banca em	Empregado Nº	C. Termo
	Transferido do Sindicato	Função que desempenha		P. Experimental
	Habilitações literárias/Outras			

<b>6</b>	Nacionalidade	<b>7</b>	Nº Contribuinte	<b>8</b>	Activo	Reformado
<b>9</b>	Data de Nascimento	<b>10</b>	Estado Civil			
	Ano Mês Dia		Solteiro Casado Viúvo Divorciado Separado U. de facto			
<b>11</b>	Se estiver abrangido por outro organismo ou seguro de saúde, indique:					
	Nº de Beneficiário/Utente	Descrição do Organismo/Seguro de Saúde			Titular	
					<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b>	
<b>12</b>	Nº Segurança Social	Descrição do Organismo			Nº Utente Serviço Nac. de Saúde	

## Agregado Familiar (com direito aos SAMS)

<b>13</b>	Nome				Parentesco	Data de Nascimento	Beneficiário Nº
	Nome				Parentesco	Data de Nascimento	Beneficiário Nº
	Nome				Parentesco	Data de Nascimento	Beneficiário Nº
	Nome				Parentesco	Data de Nascimento	Beneficiário Nº
<b>14</b>	Se estiver abrangido por outro organismo ou seguro de saúde, indique: (obrigatório para cônjuge ou companheiro(a))						
	Nº de Beneficiário/Utente	Descrição do Organismo/Seguro de Saúde					Titular
							<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b>
	Nº Segurança Social	Descrição do Organismo					Nº Utente Serviço Nac. de Saúde

<b>15</b>	Autorizo que me seja processado por transferência bancária, o valor das Participações e outros Créditos atribuídos relativamente ao meu Agregado Familiar, pelo que forneço a seguinte informação.			
	BANCO	BALCÃO	CONTA	DC

Autorizo a dedução no meu vencimento ou na Pensão de Reforma/Sobrevivência dos encargos pelo pagamento de serviços prestados pelo SBN e/ou pelos SAMS/SBN, relativamente ao(s) elemento(s) do meu agregado familiar.

 Solicito que me seja atribuído o código para marcação automática de actos clínicos ☐ **S** ☐ **N**

Nos estritos termos da Lei aplicável, declaro autorizar o tratamento automatizado dos meus dados pessoais.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O Sócio/Beneficiário Titular

Assinatura conforme B.I.

## INSCRIÇÃO DE SÓCIOS/BENEFICIÁRIOS OU REVALIDAÇÃO DE DIREITOS

TITULAR/BENEFICIÁRIOS	DOCUMENTOS A APRESENTAR	
	Inscrições	Revalidações
Titular	1, 2, 3, 14 e 15	
Pensionista		15
Cônjuge	1, 2, 3, 4 e 14	
Companheiro (a)	1, 2, 3, 5, 6 e 14	6
Filhos Enteados e Adoptados (menores de 18 anos)	1, 2, 3 e 14	
Filhos, Enteados e Adoptados (dos 18 aos 30 anos)	1, 2, 3, 7 ou 8 ou 9 e 14	7 ou 8 ou 9
Outros Descendentes	1, 2, 3, 7, 11, 13 e 14	13
Descendentes, Enteados e Adoptados maiores incapacitados	1, 2, 3, 12, 14 e 16	12
Ascendentes		12

## PROVAS DOCUMENTAIS

1	Fotocópia de: • Bilhete de Identidade (frente e verso); • Boletim de Nascimento/Cédula Pessoal; • Documento Jurídico de Adopção/Tutela, (conforme o caso)
2	Fotocópia do Cartão de Contribuinte
3	Fotocópia do cartão de beneficiário de outro Sistema de Saúde (SNS, ADSE, PT, etc.)
4	Boletim ou Certidão de Casamento
5	Certidão de Nascimento narrativa completa do Beneficiário(a) Titular e Companheira(o)
6	Declaração do Beneficiário Titular confirmando a união de facto
7	Prova do Direito ao Abono de Família: – Declaração da entidade que concede o mesmo, certificando por quem é auferido e o número de Beneficiário respectivo
8	Estudantes: - Certificado de Matrícula ou declaração emitida pelo respectivo Estabelecimento de Ensino (frequência de curso diurno)
9	Declaração do Centro Regional de Segurança Social e da Repartição de Finanças, sobre o pagamento de eventuais contribuições e recebimentos de benefícios
10	Declaração da Instituição de Crédito, confirmando a qualidade de Pensionista
11	Exposição do Beneficiário Titular esclarecendo os motivos que justifiquem o pedido de inscrição
12	Declaração do Centro Regional de Segurança Social ou fotocópia do Bilhete Postal Anual do Centro Nacional de Pensões, comprovativo do auferimento da pensão e da sua natureza
13	Declaração do Centro Regional de Segurança Social e da Repartição de Finanças respeitantes aos progenitores acompanhadas de fotocópia do respectivo Bilhete de Identidade
14	Preenchimento do impresso mod. 1413 (a fornecer pelos serviços)
15	Declaração do vínculo à Instituição de Crédito
16	Documento da Segurança Social que comprove a incapacidade total e permanente para o trabalho

**Para além desta documentação, os SAMS reservam-se o direito de exigir qualquer tipo de prova e/ou proceder às averiguações necessárias à confirmação das situações apresentadas.**

### PARA ALTERAÇÕES

Preencher apenas os campos a alterar, indicando o número e Nome do Beneficiário

### PARA 2<sup>as</sup> VIAS

Este boletim deve ser assinado pelo Titular indicando o nome e número a quem se destina a 2<sup>a</sup> via

Data de recepção

/  /

O Funcionário

Aprovada a admissão de Sócio em reunião de Direcção de

/  /

Obs.

A Direcção

Nome completo (igual ao B.I. e sem abreviaturas)

Morada (Rua, Praça, Avenida)

Localidade

Freguesia (Residência)

Concelho

Cód. Postal

Telefone da residência/Telemóvel

E-mail

Banco (sigla)

Cód. Entidade

Serviço/Departamento

Cód. Balcão

Local de trabalho

Telefone do Banco

Extensão

C. Efectivo

C.Termo

P. Experimental

Admitido na Instituição em

Admitido na Banca em

Empregado N.º

Diuturnidades

Grupo

Nível

Transferido do Sindicato

Função que desempenha

À

Direcção de Pessoal

**Assunto: FILIAÇÃO, PAGAMENTOS DE QUOTIZAÇÃO SINDICAL E  
CONTRIBUIÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA OS SAMS**

Solicito que V. Exa. se digne providenciar no sentido de ser dado seguimento às instruções assinaladas:

- ☐ - Cancelamento dos descontos na retribuição que vinham sendo efectuados para o Sindicato dos Bancários dos Quadros/Sindicato Independente da Banca/STEC.
- ☐ - Desconto de 1,5% sobre a minha retribuição efectiva, correspondente à quotização para o SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO NORTE, sendo:
  - a) 1% destinado ao Sector Sindical
  - b) 0,5% destinado ao Fundo Sindical de Assistência
- ☐ - Desconto de 1,5% sobre a minha retribuição efectiva, correspondente à contribuição para os SAMS.
- ☐ - Desconto 1% sobre a minha retribuição mensal efectiva, correspondente à quotização mensal dos trabalhadores da Caixa Geral de Depósitos destinada ao Sector Sindical – N.º 3 do Artigo 13.º dos Estatutos do SBN.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Sócio/Beneficiário Titular

Assinatura conforme B.I.

Nome completo (igual ao B.I. e sem abreviaturas)

Morada (Rua, Praça, Avenida)

Localidade

Freguesia (Residência)

Concelho

Cód. Postal

Telefone da residência/Telemóvel

E-mail

Banco (sigla)

Cód. Entidade

Serviço/Departamento

Cód. Balcão

Local de trabalho

Telefone do Banco

Extensão

C. Efectivo

C.Termo

P. Experimental

Admitido na Instituição em

Admitido na Banca em

Empregado N.º

Diuturnidades

Grupo

Nível

Transferido do Sindicato

Função que desempenha

Exmo Senhor  
Presidente da Direcção do  
Sindicato

Assunto: **PEDIDO DE DEMISSÃO DE SÓCIO**

Serve a presente para solicitar a V. Exas. o pedido de demissão de sócio/Beneficiário do Sindicato a partir desta data.

Aproveito o ensejo para informar que também nesta data dirigi à Direcção de Pessoal da minha Instituição uma comunicação no sentido de deixarem de efectuar na retribuição mensal os descontos que vinham sendo processados.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O Sócio/Beneficiário Titular

Assinatura conforme B.I.

**(Inutilizar caso não esteja filiado noutro Sindicato)**